Carcinoma recti als Indication für die künstliche Frühgeburt und als Ursache einer Puerperalfieber-Endemie.

Von

H. Löhlein.

(Separatabdruck aus „Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.“ Band XVIII. Heft 1.)



Carcinoma recti als Indication für die künstliche Frühgeburt und als Ursache einer Puerperalfieber-Endemie.

Von

H. Löhlein.

Geschwülste, die von der Wand des knöchernen Beckens, vom Beckenbindegewebe oder von den im kleinen Becken liegenden Organen ausgehend den Raum im knöchernen Geburtscanal mehr oder weniger beträchtlich beschränkten, haben, wie ein Blick auf die einschlägige Literatur lehrt, nicht so ganz selten die Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft ante terminum geboten.

Im letzten Decennium hat die Häufigkeit der auf diese Indication hin eingeleiteten Frühgeburten gegen früher eine wesentliche Einschränkung erfahren, und zwar dadurch, dass man bei Complication der Schwangerschaft mit Ovarialtumoren, mit Myomen und Carcinomen der Gebärmutter, mithin bei den häufigsten Arten der Beckengeschwülste, sich nur unter ganz bestimmten Verhältnissen und jedenfalls sehr viel seltener als früher für die künstliche Frühgeburt entschied. Es war dies die Folge der günstigen Resultate der Ovariotomie, selbst der Myomotomie in graviditate einerseits und der Kaiserschnittsoperation andererseits.

Vom Carcinoma recti sind mir aus der Literatur nur 2 Fälle bekannt, in denen die Geschwulst den Geburtscanal so beträchtlich verlegte, dass die Geburt ernstlich erschwert erschien. In beiden Fällen —

dem von Kürsteiner[1]) und dem von R. Kaltenbach[2]) mitgetheilten — war die durch das Carcinoma recti bewirkte Raumbeschränkung so gross, dass die Sectio caesarea gemacht werden musste. Ob in dem einen oder dem anderen Fall durch eine Krebsgeschwulst des Mastdarms bei einer Schwangeren der Geburtscanal so beengt gefunden wurde, dass zwar ein frühgeborenes, nicht aber ein ausgetragenes Kind Aussicht hatte, denselben lebend zu passieren, und ob demgemäss, namentlich auch zur Vermeidung der Sectio caesarea, die Frühgeburt bereits eingeleitet wurde, muss ich dahingestellt sein lassen. Mir sind derartige Beobachtungen nicht bekannt. Jedenfalls würde der im Folgenden mitzutheilende Fall nicht in diese Kategorie gehören.

Denn es war nicht die durch die Krebsgeschwulst erzeugte Raumbeschränkung, die meinem Collegen Bose und mir die Ueberzeugung aufdrängte, dass das regelmässige Ende der Schwangerschaft nicht abgewartet werden dürfe. Wir wurden vielmehr durch die Ueberlegung bestimmt, dass ein offenbar in raschem Fortschreiten begriffener, zur Zeit noch exstirpirbarer Mastdarmkrebs durch ein 5—6 Wochen länger dauerndes Zuwarten zu einem inoperablen werden würde.

Der Fall war in Kürze folgender:

Frau R . . . . l, 32 Jahre alt, aus Lauterbach, hat 4 Wochenbetten gut überstanden, darunter eines nach Part. praematurus 7 mensium. Bei der 3. Entbindung soll der Mastdarm stark hervorgetreten sein, was bei schwerem Stuhl indessen auch schon früher und dann später öfter geschah. Seit ½ Jahr Stuhl schmerzhaft, seit mehreren Wochen häufig blutig-eiterig. Die Schwangerschaft, die seit Juli 1888 besteht, verlief im Uebrigen ungestört.

Befund am 1. März 1889: Graciler Bau, leidlich guter Ernährungszustand. Status gravidus 8 mensium.

Durch die hintere Scheidenwand ist eine derbe, unregelmässige, ziemlich bewegliche Geschwulst zu fühlen. Die Untersuchung per rectum ergiebt, dass dieselbe ihren Sitz in der Mastdarmwand hat, hauptsächlich von der vorderen Seite des Rohrs ausgeht und nach links sich ausbreitet, während die hintere Rectalwand freibleibt; sie ist unregelmässig zerklüftet

---

[1]) Kürsteiner, Beitrag zur Casuistik der Beckengeschwülste. D. I. Zürich 1863.

[2]) Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn. Bd. 4 S. 191.

und reicht dicht oberhalb des Sphincter beginnend bis zum Promontorium hinauf, vor welchem die letzten Knoten durch das hintere Scheidengewölbe getastet werden können. Die Neubildung durchsetzt die vordere Mastdarmwand und das Septum bis dicht an die hintere Vaginalwand.

Unter Berücksichtigung der Ausdehnung, welche der carcinomatöse Process bereits gewonnen hatte, und welche ohne Zweifel in den letzten Wochen rasch vorgeschritten ist, wird von meinem Collegen Bose und mir die Einleitung der Frühgeburt vereinbart. Denn es erscheint sehr wahrscheinlich, dass bei ruhigem Abwarten bis zum Ende der Schwangerschaft (7—8 Wochen) eine Entfernung aller erkrankten Partien kaum mehr ausführbar sein würde. Die Möglichkeit, durch die künstliche Frühgeburt die Radicaloperation des Carcinoms um 7—8 Wochen früher ausführen zu können, fällt unter den gegebenen Verhältnissen schwer ins Gewicht.

Nur sehr zögernd liess sich die Frühgeburt in Gang bringen. Douchen, Bougies, Dilatation des Cervix, warme Umschläge u. s. w. äusserten nur sehr geringe wehenerregende Wirkung. Ausserdem zwang die Rücksicht auf die deprimirte Stimmung der Frau zu sehr schonendem Vorgehen. Obgleich die Einleitung bereits am 1. März begonnen wurde, erfolgte erst am 6. März, nach wenigen Stunden regelmässiger Wehenthätigkeit, die Geburt eines 1650 g wiegenden Mädchens in II. Scheitellage. Nachgeburt normal, 520 g. Der Austritt wurde nur von der 2. Anstaltshebamme überwacht, da eine gleichzeitige Zwillingsgeburt das ärztliche Personal in Anspruch nahm. — Das Wochenbett verlief, nachdem die Temperatur in den drei ersten Tagen Abendsteigerungen von 39,1, 38,4 und 38,7 gezeigt hatte, völlig befriedigend. — Das Kind befand sich wohl bis zum 13. März, an welchem Tag der Nabel abfiel. Von da an Unruhe, nimmt die Brust nicht; Schwellung und Röthung der äusseren Genitalien, von hier aus in den folgenden Tagen gegen den Nabel weiterziehend. Temperaturerhöhung, zunehmender Verfall. Exitus letalis am 16. März. Sectionsergebniss: Erysipelartige Erkrankung der Haut mit Blasenbildung.

Nachdem sich Frau R. recht befriedigend erholt hatte, liess sie sich am 25. März in die chirurgische Klinik aufnehmen, wo am 27. März von Bose die Amputatio recti nach Kraske ausgeführt wurde. Nach den Aufzeichnungen des Assistenten Herrn Dr. Briegleb wurde zunächst die Exstirpation des Steissbeins und die Querresection des Kreuzbeins mit Durchschneidung der Kreuzbeinbänder gemacht. Nach Umschneidung der Analöffnung wurde das Rectum ausgeschält, was wegen der innigen Verwachsung der Neubildung mit der hinteren Scheidenwand, die dabei an mehreren Stellen angeschnitten wurde, nur schwer gelang. Breite Eröffnung des Douglas, in welchen zum Schutz gegen einfliessendes

Blut u. ä. ein Schwamm eingelegt wird. Nachdem der Darm genügend gelockert ist, wird er kräftig herabgezogen und oberhalb der erkrankten Partien durchtrennt. Das in Wegfall kommende Darmstück ist etwa 12 cm lang. Vereinigung der Wunde der hinteren Vaginalwand; Annähung des gesunden Darms an die äussere Haut in der Gegend der früheren Analöffnung. Desinfection der Wunde mit Sublimatlösung, Tamponade. — In den ersten Tagen kein Fieber, am 31. März vorübergehender Collapszustand, am 4. April erster Stuhl, von da an ungestörte Reconvalescenz. Bei der Entlassung am 26. Mai sieht die Patientin blühend und kräftig aus; die Wunde ist bis auf einen schmalen Granulationsstreifen über dem Kreuzbein vernarbt.

Ich werde mich mit epikritischen Bemerkungen bezüglich der Neubildung kurz fassen können, denn die Schwierigkeiten bei der Operation, sowie die Grösse und Beschaffenheit des exstirpirten Stückes bestätigten durchweg die ursprünglichen Annahmen und damit die Richtigkeit der Indicationsstellung.

Es zeigte sich in der That, dass die Carcinomentwickelung *so weit vorgeschritten* war, dass ein längeres Aufschieben derselben fast gleichbedeutend war mit einem Verzichtleisten auf radicale operative Hülfe. Denn nach der Entwickelung des Kindes zu urtheilen, war Patientin zur Zeit der Einleitung der Frühgeburt mindestens noch 8 Wochen vom Ende der Schwangerschaft entfernt, — ein Zeitraum, der für das weitere Umsichgreifen der malignen Neubildung, zumal bei der ausserordentlich gesteigerten Blutzufuhr zu den Beckenorganen, höchst bedenklich erschien.

Die Operation bei *bestehender* Schwangerschaft auszuführen, erschien natürlich schon deswegen bedenklich, weil man sich auf kaum zu bewältigende Blutungen gefasst machen musste. Dazu kam, dass an den gewaltigen Eingriff mit der massenhaften Blutentziehung sich mit grosser Wahrscheinlichkeit die Frühgeburt angeschlossen und die Heilung der Operationswunde zunächst mechanisch und weiterhin im Wochenbett durch die lochiale Verunreinigung gestört hätte.

Die Entscheidung für die künstliche Frühgeburt lag in der Entwickelungszeit der Schwangerschaft, in der die Kranke die Hülfe der Klinik aufsuchte, ohne Zweifel sehr nahe. Wenn auch die Frucht nicht so kräftig entwickelt war, wie in der Mehrzahl der künstlichen Frühgeburten, in der wir als den Termin der Unterbrechung die 34.—36. Woche zu wählen pflegen, so war sie doch durchaus lebensfähig und hatte alle Aussicht, am Leben erhalten zu werden.

Es fragt sich nun, ob dieselbe Entscheidung auch dann berechtigt gewesen wäre, wenn die gleiche Entwickelung des Mastdarmkrebses bei einer im 3. oder 5. Monat Schwangeren gefunden worden wäre.

Diese Frage kann nur nach Massgabe der Erfolge beantwortet werden, welche die Technik der Mastdarmexstirpation aufweist. Die Antwort würde noch vor wenig Jahren — vor Einführung der sacralen Methode der Mastdarmexstirpation Kraske's [1]) — bei einer Entwickelung des Carcinoms gleich derjenigen in unserem Fall entschieden Nein gelautet haben. Bei den ausserordentlich günstigen Resultaten indessen, welche die Chirurgie auch bei vorgeschrittenem Carcinom heutzutage erzielt, wird in jedem Fall individuell zu entscheiden sein: ob 1. eine gründliche Entfernung des erkrankten Stückes und damit die Heilung der Kranken ausführbar erscheint, und wenn sie ausführbar erscheint, ob 2. die Gefahr des Eingriffs durch die mit der Schwangerschaft einhergehende Gefässentwickelung im kleinen Becken so wesentlich gesteigert ist, dass es räthlich erscheint, zunächst die Beherrschung der Blutung durch Unterbrechung der Schwangerschaft zu ermöglichen. Die Entscheidung für die letztere, auch zu einer Zeit, wo die Frucht keine Aussicht hat, erhalten zu werden, wird dem Operateur durch die Ueberlegung erleichtert, dass die Ausführung der Operation bei bestehender Schwangerschaft doch höchst wahrscheinlich die Unterbrechung derselben im Gefolge haben würde. Dass aber ein solcher, an die in der Schwangerschaft ausgeführte Operation sich anschliessender Abort für sich wie durch die etwa benöthigten ärztlichen Eingriffe den Heilungsvorgang an der Operationswunde mit ernstlichen Störungen bedroht, liegt auf der Hand.

Demnach bin ich der Meinung, dass ein Carcinoma recti in demselben Sinn, in dem es hier die Indication zur Einleitung der Frühgeburt gab, d. h. um eine operative Heilung der Mutter zu ermöglichen, unter bestimmten Verhältnissen auch die Anzeige für den künstlichen Abort bieten kann.

Der mitgetheilte Fall gewann in seinem Verlauf für uns noch dadurch ein weiteres, sehr ernstes Interesse, dass er der Ausgangs-

[1]) Berliner klin. Wochenschr. 1887, S. 899.

punkt einer puerperalen Endemie wurde, die sich auf 2 Neugeborene erstreckte, welche der Infection erlagen, und auf eine Wöchnerin, welche dieselbe glücklich überstand.

Ich halte mich zu einem Bericht über diese Endemie für berechtigt und verpflichtet, weil jede Erfahrung über die Aetiologie des „ersten Falles" auch heute noch praktischen Werth hat. Wie sich dies seiner Zeit in der bekannten Arbeit von M. Runge [1]) gezeigt hat, so ist es unlängst durch eine Mittheilung aus der Breslauer Klinik [2]) von Neuem bestätigt worden.

Vorausgeschickt sei zur allgemeinen Charakteristik der Gesundheitsverhältnisse in der Giessener geburtshülflichen Klinik, dass von den vom 1. October 1888 bis zum 1. October 1889 Entbundenen (179) keine starb, auch keine ähnlich schwer erkrankte, wie die gleich zu erwähnende Wöchnerin (Silss). Die Wöchnerinnensectionen, die wir zu machen hatten, betrafen eine am 4. Tag des Wochenbetts wegen schwerer Infection der Anstalt zugeführte Kranke und eine in tiefem Koma, nach mehr als 20 Anfällen in die Anstalt gebrachte Eclamptica. — Wenn wir uns an die von Ahlfeld [3]) für die Charakterisirung des Gesundheitszustandes einer Gebäranstalt angenommene untere Grenze von 38,0 ⁰ Temperatur halten, so ergiebt sich, dass von unseren 179 Entbundenen 40 (= 22,3 %) diese Grenze überschritten haben, unter ihnen 9 nur an einem einzigen Abend. Die von uns eingehaltenen prophylaktischen Massregeln haben demnach (mit einem Procentsatz von 77,7 gesunden Wöchnerinnen) den Anforderungen genügt, die Ahlfeld, Winckel u. A. an eine sorgfältig geleitete geburtshülfliche Klinik stellen. Dass diese Zusammenfassung aller vorübergehend Fiebernden nicht identisch ist mit der Häufigkeit der puerperalen Infection im strengeren Sinn, auf die es hier zunächst ankommt, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Es müssten dann 2 Fälle von Rhagaden, die erst am 12., resp. 13. Tag eine ganz vorübergehende Temperatursteigerung bewirkten, 7 Fälle von einfacher, nicht abscedirender Mastitis, die mit 2 Ausnahmen erst im Beginn der 2. Woche sich ausbildeten, und

---

[1]) Bemerkungen über eine Puerperalfieberepidemie in der geburtshülflichen Klinik der Charité. Diese Zeitschrift Bd. 5 S. 195.

[2]) Pfannenstiel, Casuistischer Beitrag zur Aetiologie des Puerperalfiebers. Centralbl. für Gyn. 1888, S. 617.

[3]) Die Erfolge der Antiseptik in der Geburtshülfe. Centralbl. für Gyn. 1888, S. 745.

1 Fall, wo evident infolge einer heftigen Gemüthsbewegung eine einmalige Temperatursteigerung am 7. Tage aufgetreten war, mit Sicherheit ausgeschlossen werden, und wir hätten dann nur 30 Fiebernde, die in Betracht kämen, oder 16,7 %. Für den Vergleich mit anderen Anstalten ist indessen nur die oben angeführte Zahl zu verwenden, und ich habe nur hinzuzufügen, dass dieses allgemeine Morbiditätsverhältniss auch in der Zeit ausgeprägt war, um die es sich hier handelt.

Bei den Neugeborenen kamen infectiöse Erkrankungen, abgesehen von den gleich zu berichtenden beiden Fällen, überhaupt nicht vor.

Die zuerst auftretende Infection betraf das am 6. März 1889 frühgeborene Kind der Frau R . . . . l. Von diesem ist schon oben gesagt, dass es nach 7tägigem Wohlbefinden vom 13. März an unruhig war, die Brust nicht mehr nahm, fieberte und am 16. März erlag. Die Sectionsdiagnose (pathol. Institut) lautete: Weibliche Frühgeburt von etwa 8 Monaten. Erysipelartige Affection der Haut mit Blasenbildung; sämmtliche inneren Organe normal. Während die Haut an Gesicht, Hals und Brust dünn, krebsroth erschien, war dieselbe am Bauch und den unteren Extremitäten sehr fest, derb infiltrirt, theils bläulich-roth, theils blass. Beim Einschneiden in die infiltrirten Partien zeigt sich das subcutane Gewebe von reichlicher, hellgelber, klarer Flüssigkeit durchtränkt; am Bauch und am Damm ausserdem noch bis kirschkerngrosse, mit serösem Inhalt erfüllte, bläulich durchschimmernde Blasen. — Die grossen Labien leicht geschwollen. — Nabelwunde vollkommen überhäutet, eingezogen. Die Haut in der Umgebung, besonders nach unten zu in der oben angegebenen Weise fest infiltrirt. Beide Nabelarterien enge, enthalten locker geronnene Cruormassen; die Nabelvene, noch ziemlich weit, enthält reichlich dunkles, flüssiges Blut.

Das zweite Kind (Mädchen Saalwächter, geboren am 4. März 1889; Mutter eine 19jährige Ipara) erkrankte am 15. März, nachdem der Nabelschnurrest bereits am 9. März abgefallen und an der Nabelstelle keine Abweichung zu constatiren war, ebenfalls unter Fiebererscheinungen mit starker Schwellung, brettharter Infiltration und intensiver Röthung der Haut des Unterbauchs und der Genitalien. Diese Schwellung setzte sich in den nächsten Tagen nach unten und oben weiter fort und reichte am 18. März nach oben bis zu den Brustwarzen, nach unten bis zu den Knöcheln. Leib aufge-

trieben, empfindlich. Respiration von Tag zu Tag frequenter und oberflächlicher. Exit. let. 18. März 1889. — Sectionsbefund (pathol. Institut 1889, Nr. 43): Nabelinfection; eiterige Massen in den Nabelgefässen, erysipelatöse Entzündung der Haut. Lungenatelektasen. — Haut prall, fest, im Gesicht, besonders an den Lippen und Ohren leicht cyanotisch, am Körper blass, an den unteren Extremitäten und in der Unterbauchgegend bretthart infiltrirt, ebenso an den Genitalien. Nabel verheilt, die Umgebung des Nabels nach unten zu ebenfalls infiltrirt. — Beim Einschneiden zeigt sich das Gewebe der Cutis und Subcutis an verschiedenen der oben erwähnten infiltrirten Stellen durchsetzt mit Flüssigkeit, bei Messerdruck lassen sich leicht grössere Mengen derselben entleeren; dieselbe erscheint blass-gelblich und leicht eiterig getrübt. In der Bauchhöhle keine abnorme Flüssigkeit; Serosa des Darms blass. — In beiden Nabelarterien finden sich — ca. 0,5 cm vom Nabel entfernt beginnend und bis dicht an die Einmündungsstelle in die Art. hypogastricae reichend — dicke eiterige Massen; gleiche Massen füllen die Vena umbil., welche durch dieselben prall ausgestopft und in einen dicken, bläulich-grau durchschimmernden Strang umgewandelt ist. Diese Eiterinfiltration reicht bis zur Leber. Der Duct. ven. Arrantii frei, durchgängig; die grossen Körpervenen ohne Veränderung. Das Gewebe in der Umgebung der Nabelgefässe ödematös, jedoch nirgends eiterig infiltrirt. — Herz normal; Milz nicht vergrössert.

Die dritte der von uns auf eine gemeinsame Quelle zurückgeführten Infectionen fand bei einer 19jährigen Ipara statt, und zwar nicht inter partum, sondern während des Wochenbetts, höchstwahrscheinlich am 6. Tag desselben.

Die Betreffende, Katharina Silss, Dienstmädchen aus Giessen, war am 10. März, Abends 9³/₄ Uhr, mit kräftigen Treibwehen zur Klinik gebracht worden, wo eine U n t e r s u c h u n g vor und während der Geburt n i c h t s t a t t f a n d. Nur die aus dem Introitus stark hervorgedrängte Blase wurde gesprengt, worauf der Austritt des Kindes in II. Vorderhauptslage rasch erfolgte. Lebender Knabe 3070 g. Nachgeburt völlig spontan.

Wochenbett am 11., 12., 13. völlig normal (36,7—37,2), am 14. März Abends 38,2, am 15. normal, am 16. 38,9, am 17. 39,9, am 19. 40,4, am 20. 40,6 Abendtemperatur; in den folgenden 9 Tagen treppenförmiger Abfall, so dass am 30. März Abends wieder 37,5 erreicht ist. — Die Pulsfrequenz war sehr beträchtlich mit-

angestiegen: am 17. März bis 132, am 20. und 21. sogar bis 144 und 148 in der Minute, und sank erst am 2. April unter 90.

Die Symptome entsprachen einer schweren puerperalen Infection: ohne dass besondere Klagen geäussert wurden, ausser über mässigen Kopfschmerz, ohne üblen Geruch der Lochien, entwickelten sich deutliche Erscheinungen septischer Peritonitis bei Schwellung und diphtheritischem Belag der Ulcera puerperalia. Geringe Druckempfindlichkeit rechts neben dem Uterus, allmälig zunehmende Gasauftreibung des Abdomens, beschleunigte Respiration, leichter Hustenreiz; am 20. und 21. diarrhoische Stühle, am 21. schleimiges Erbrechen; in diesen Tagen septische Euphorie, fibrilläre Zuckungen der Gesichts- und Extremitäten-Muskeln.

Vom 23. an gingen die bedrohlichen Erscheinungen zurück. Mit der Abnahme des Meteorismus liess sich das schon bald constatirte freie Exsudat in der Bauchhöhle deutlicher nachweisen. Die Dämpfung über den abhängigen Partien, rechts noch ausgesprochener als links, reichte beiderseits etwa 3 Querfinger breit nach innen und oben von den Cristae ilei; die Fluctuation setzte sich quer durchs Abdomen von den abhängigen Stellen der einen Seite bis zur anderen fort. Diese physikalischen Erscheinungen wurden von mir und den Assistenten bis zum 29. fast unverändert constatirt, von da an langsame, erst vom 3. April an deutlich von Tag zu Tag fortschreitende Abnahme der Dämpfung. — Von jetzt an bei regem Appetit Wiederkehr der Kräfte. Der Uterus am 11. April kleinapfelgross, beweglich anteflectirt.

Die Therapie hatte, abgesehen von einer einmaligen intrauterinen Carbolspülung und Jodoformbepuderung der Ulcera sowie Eisblase ad abdomen, in reichlicher Verabfolgung von Wein und Cognac bestanden. Von letzterem wurde während der Tage der starken Fieberbewegung stündlich 1 Esslöffel in einem Schluck Thee, einige Male mit Zusatz von Tinct. Opii gegeben. Mit dem Wein wurde je nach der Neigung der Patientin gewechselt, jedenfalls pro die mindestens eine Flasche verabfolgt.

Seit einer Reihe von Jahren und unter recht zahlreichen Fällen, die ich in Consultation gesehen habe, war dieser der erste, der in Genesung ausging, nachdem eine septische Peritonitis (eine Streptococcen-Peritonitis nach Bumm) mit allen Erscheinungen, die ihre Diagnose intra vitam verlangt, bei einer Wöchnerin zur Entwickelung gekommen war.

Zu meinem grossen Bedauern war es aus äusseren Gründen unmöglich, die klinisch zweifellos zusammengehörige Gruppe schwerer Erkrankungen auch bacteriologisch genau zu verfolgen. Namentlich ist es leider unterlassen worden, bei der erysipelartigen Hauterkrankung des Kindes R . . . . l das krankheitserregende Mikrobion nachzuweisen und sein Verhältniss zu dem in dem eiterigen Inhalt der Nabelgefässe und ihrer Umgebung (bei Kind Saalwächter) massenhaft vorgefundenen Streptococcus pyogenes festzustellen.

Dass die Quelle der Infection in dem Eiterabgang der carcinomkranken Frau R. zu suchen war, schien zweifellos. Sie barg den einzigen Eiterheerd, an dem Hände und Wäschestücke zu jener Zeit auf der geburtshülflichen Abtheilung überhaupt inficirt werden konnten; ihr Kind erfuhr zuerst die Uebertragung. — Diese letztere musste durch das Wartepersonal, im Gegensatz zum ärztlichen, vermittelt worden sein. Die Aerzte, welche das Carcinom untersucht und die Frühgeburt geleitet hatten, hatten mit der Pflege der Neugeborenen nichts zu thun, und auch die gesunde Wöchnerin Silss wurde von ihnen nicht berührt. Sie desinficirten sich so, dass ebenso wenig wie nach der Exploration oder Operation eines Gebärmutterkrebses die während und nach diesem Fall von Darmkrebs Operirten oder Entbundenen gefährdet wurden. Es war sehr wahrscheinlich, dass dieselbe Wärterinnenhand die Uebertragungen vermittelt hatte, und zwar innerhalb 2mal 24 Stunden.

Mein Verdacht fiel zunächst auf die 2. Unterhebamme, welche die carcinomkranke Frau R. abgewartet und bei der Ausführung des Dammschutzes ohne Zweifel die Hand mit dem aus dem After abfliessenden Geschwürssecret verunreinigt hatte, und die auch im Wesentlichen die Wochenpflege der separirt liegenden Frau R. leitete. Sie wurde deshalb, sobald sich die Erkrankung des Kindes R. deutlicher charakterisirte (14. März), obgleich sie nachweisen konnte, dass sie sich sowohl nach der Entbindung, als auch nach späteren Handreichungen gründlich (Sublimat) desinficirt hatte, von jeder Thätigkeit zunächst suspendirt.

Die am 15. und 16. neu auftretenden Infectionen bewiesen indessen, dass die Uebertragung durch eine der erst kurze Zeit in der Anstalt befindlichen, zur Handreichung bei der Wöchnerinnenpflege und zur Abwartung der Neugeborenen vielfach herangezogenen Hebammenschülerinnen erfolgt war. Diese Person hatte nach einer geringfügigen Dienstleistung bei Frau R., die indessen völlig

genügte, um ihre Hand zum Träger des Krankheitserregers zu machen, es versäumt, sich zu desinficiren, da sie noch kein Verständniss für die vielen Möglichkeiten der Uebertragung hatte, und die Versäumniss war unbeobachtet geblieben. So wurde zunächst das Kind R. inficirt. Da dasselbe zum Bad wie auch zum Anlegen nach dem gemeinsamen Wöchnerinnenzimmer gebracht wurde, so war eine weitere Uebertragung am 15. wahrscheinlich durch Wäschestücke, trotz der am 14. getroffenen strengen Anordnungen, sehr leicht möglich. Ja es musste als ein grosses Glück bezeichnet werden, dass die Endemie nicht noch weiter um sich griff, da in unserer alten, mangelhaften Gebärabtheilung, aus der wir ja endlich im kommenden Herbst in die neue stattliche Frauenklinik umziehen werden, in der Zeit der Lehrcurse Wöchnerinnen und Schülerinnen unerträglich eng zusammengepfercht sind.

Eines ist mir durch die geschilderte Endemie wieder sehr drastisch belegt worden: wie schwer es für das Verständniss der Hebammen ist, und wie sie daher immer und immer wieder nachdrücklich darauf aufmerksam gemacht werden müssen, dass sie nicht nur von einer an „Kindbettfieber“ erkrankten Wöchnerin aus den Hochschwangeren, Kreissenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen die Keime der Krankheit und des Todes zutragen können, sondern aus zahlreichen anderen Quellen.

Wenn in einer Klinik, wo die Infectionsgefahren das zur Zeit am häufigsten behandelte Thema bilden, und wo das Beispiel der Aerzte, die fast täglich mit Infectionskeimen in Berührung kommen und doch keine Wundkrankheiten übertragen, den Schülerinnen und Wärterinnen ad oculos demonstrirt, wie jene Gefahren sicher vermieden werden, wenn — sage ich — in einer solchen Klinik trotzdem Uebertragungen gleich der obigen zugestanden werden müssen, wie gross muss dann in einem analogen Fall, wenn er sich in der Praxis einer beschäftigten Hebamme ereignet, die Gefahr für ihre Pfleglinge sein!

Ich will hier absehen von solchen ätiologischen Beziehungen, die überhaupt noch wissenschaftliche Probleme sind, wie z. B. die oben angeführte zwischen gewissen Anginaformen und Puerperalfieber aus der Breslauer Klinik. Denn was der Hebamme nicht als wissenschaftlich feststehend vorgetragen und eingeprägt werden kann, wird man nicht bei ihr voraussetzen dürfen. Ich habe hier vielmehr ausschliesslich die zahlreichen Wundprocesse im Auge, die

in keiner directen Beziehung zum Geburtsvorgang stehen, und deren Virus einer Kreissenden doch ebenso verhängnissvoll werden kann, wie das von einer inficirten Wöchnerin stammende: vom kleinsten Furunkel bis zum Erysipel, von einem einfachen Geschwür bis zum verjauchenden Uteruscarcinom.

Der einschlägige Paragraph (11) der von dem preussischen Cultusminister, Herrn von Gossler, erlassenen „Anweisung für die Hebammen zur Verhütung des Kindbettfiebers“, welcher die Seitens der Hebamme übertragbaren Ansteckungen zusammenzufassen sucht, lautet: „Die Hebamme vermeide jede unnöthige Berührung der Geschlechtstheile einer Wöchnerin oder eines mit Wochenfluss verunreinigten, fauligen oder eiterigen Körpertheils oder sonstigen Gegenstandes von solcher Beschaffenheit (Geschwür, ausgestossene todte Frucht, Wochenbettunterlage u. a. m.) und enthalte sich soviel als nur möglich jeden Verkehrs mit Personen, welche an einer ansteckenden oder als solche verdächtigen Krankheit, namentlich Kindbett-, Faul- oder Eiterfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung, Rose, Diphtherie, Scharlach, Pocken, Syphilis, Schanker, Tripper, Unterleibs- oder Fleckentyphus, Cholera oder Ruhr leiden.“ — Es folgen in dem nächsten (12.) Paragraphen die Desinfectionsvorschriften, die da zu beobachten sind, wo die Hebamme die Geschlechtstheile einer Wöchnerin oder einen mit Wochenfluss verunreinigten Gegenstand berührt hat, und in § 13 die Desinfectionsvorschriften für den Fall, dass der Wochenfluss übelriechend, faulig oder eiterig ist, oder dass die Berührung mit einem Gegenstande dieser Beschaffenheit stattgehabt hat, oder dass die Hände oder Geräthschaften eine Person berührt haben, die an einer der in § 11 bezeichneten Krankheiten leidet.

Das Bestreben, die Hebammen vor einer einseitigen Auffassung der Entstehung des Kindbettfiebers zu bewahren, spricht sich in der Form der citirten Paragraphen deutlich aus. Die Fassung erscheint jedoch nicht glücklich. Was soll die Hebamme sich dabei denken, dass sie den „Verkehr“ mit einer an „Gebärmutterentzündung“ oder „Tripper“ leidenden Frau ebenso vermeiden soll, wie den mit einer Pockenkranken! Jedenfalls hätten alle durch Contact auf die Kreissenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen übertragbaren Krankheiten, d. h. alle die verschiedenen Arten der puerperalen Wundinfection scharf gekennzeichnet und den durch den Verkehr übertragenen Infectionskrankheiten gegenübergestellt werden müssen.

Dem modern gebildeten Arzt ist es nicht schwer, in dem Augenblick, wo er sich zu einer Untersuchung anschickt, sich die Möglichkeiten einer durch ihn etwa zu bewerkstelligenden Infection noch einmal ins Gedächtniss zu rufen und die Desinfection demgemäss vorzunehmen, um so schwerer ist dies aber für denjenigen Theil des Heilpersonals, der eine medicinische Durchbildung nicht genossen hat, wenn ihm auch im Lehrcursus die Zusammengehörigkeit der Wochenbettskrankheiten mit den Wundkrankheiten wiederholt vorgetragen und erläutert worden ist. Darum erwirbt sich jeder Arzt ein Verdienst, der in seinem Kreise jede Gelegenheit wahrnimmt, die Hebamme vor dem Irrthum zu bewahren, als seien die Wochenbettskrankheiten etwas ganz Apartes, und als sei eine Hebamme ganz ausser Stande, eine Kreissende u. s. w. zu inficiren, wenn sie zur Zeit lauter gesunde Wöchnerinnen hat.

Unter den zerfallenden Neubildungen, welche für die Hand der Hebamme während ihrer Hülfeleistung und für die Wärterin während ihrer Wochenpflege ganz besonders gefährlich werden können, weil sie sich dem Gesicht, unter Umständen auch dem Gefühl der untersuchenden Hebamme verbergen, möchte ich im Anschluss an die oben mitgetheilte Erfahrung das Carcinoma recti besonders denuncirt haben.





